

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ НОЗОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Иоскевич А.В., Луневская Ю.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
ioskevich2015@gmail.com*

Введение: Дивертикулярная болезнь является глобальной проблемой современного мира, представляющая собой не только медицинскую, но и значимую социально-экономическую проблему. Является одной из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. У 10-25% людей с дивертикулезом кишечника заболевание осложняется дивертикулитом [1].

Диагноз дивертикулярная болезнь выставляется при наличии как минимум одного ложного дивертикула толстой кишки. Ложный дивертикул, в отличие от истинного, характеризуется отсутствием мышечного и подслизистого слоя. Также ложный дивертикул является приобретенным, а истинный – врожденным. Отличаются дивертикулы и по морфофункциональным особенностям - пульсионные, возникающие в результате действия внутрипросветного давления на стенку полого органа, и тракционные, которые формируются в результате фиксации органа и деформации его стенки.

Единой принятой классификации дивертикулярной болезни нет. Но оптимальными являются следующие критерии, соответствующие систематизации DICA [1]:

1. расширение дивертикула левого или правого
2. количество дивертикулов в каждом отделе: до 15 (класс I), более чем 15 (класс II)
3. наличие воспаления: отек/ гиперемия; эрозии; сегментарный колит, связанный с дивертикулезом
4. осложнения: жесткость толстой кишки; стеноз; наличие абсцесса/ микроперфорации/ кровотечения.

Выделяют три формы дивертикулярной болезни [3]:

1. бессимптомная (при наличии 1 дивертикула и отсутствии любых клинических проявлений заболевания)
2. неосложненная (характерны функциональные нарушения и боль и отсутствие воспалительного процесса в дивертикулах)
3. осложненная (при появлении воспалительных реакций либо толстокишечных кровотечениях).

У 70% пациентов дивертикулярная болезнь протекает бессимптомно на протяжении всей жизни, дивертикулы обнаруживают случайно при поиске других заболеваний. У остальных пациентов клиника может быть острой либо хронической. Хронические проявления напоминают клинику синдрома раздраженного (СРК) – боль в животе, дискомфорт, вздутие живота, запоры, диарея. Острые симптомы схожи с клинической картиной аппендицита – лихорадка, острые боли в животе.

К наиболее распространенным осложнениям дивертикулярной болезни относят дивертикулит, перфорацию, кровотечение, стеноз, кишечную непроходимость, абсцесс, свищ, сегментарный колит. Для последнего имеются конкретные макро- и микроскопические параметры, характерно хроническое либо рецидивирующее течение, воспаление слизистой оболочки в области дивертикула. Дивертикулит может быть, как осложненный, так и неосложненный. Такое осложнение как кровотечение чаще встречается у пожилых пациентов [1].

Поскольку дивертикулярная болезнь может протекать бессимптомно и выявляется в большинстве случаев случайно, точные данные об ее истинной заболеваемости и распространенности отсутствуют. Гораздо чаще встречается данная патология у лиц с ожирением и сниженной двигательной активностью, а у вегетарианцев, наоборот реже [2]. В настоящее время отмечается рост распространенности, особенно среди более молодых лиц (<40 лет). В США дивертикулез является наиболее частой находкой при колоноскопии [4].

Цель исследования. Изучение частоты сочетаемости дивертикулярной болезни с другими нозологическими формами в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 128 пациентов (данное количество принимаем за 100% в текущем исследовании), поступивших в течение 2024 года в гастроэнтерологическое отделение УЗ «ГКБ 4 г. Гродно». Диагноз дивертикулярной болезни был выставлен согласно Клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» № 54, утвержденного 01.06.2017 г. Министерства Здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты исследования. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 5 человек (3,9%), в группе 40-60 лет – 24 (18,75%), старше 60 лет – 99 (77,3%). 58 пациентов (45,3%) с ишемической болезнью сердца (ИБС), 8 (6,25%) – с сахарным диабетом (СД), с артериальной гипертензией (АГ) – 110 (85,9%), с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 20 (15,6%). Наиболее часто встречалась АГ – у 110 пациентов, при этом у пациентов до 60 лет (7%), у 101 пациента старше 60 лет (78,9%). Второй по частоте встречаемости нозологической формой является ИБС – 58 пациентов, из них до 60 лет – 5 (3,9%), старше 60 лет – 53 (41,4%). Встречаемость ЖКБ гораздо ниже - 20 пациентов, при этом до 60 лет – 4 (3,1%), старше 60 лет – 16 (12,5%). Наименее встречаемой патологией явился сахарный диабет – 8 человек, из которых 1 (0,8%) в возрасте до 60 лет и 7 (5,5%) старше 60.

Среди пациентов было 107 женщин (83,6%) и 21 мужчина (16,4%). Гендерное распределение при наиболее часто встречаемых коморбидных состояниях у пациентов с дивертикулярной болезнью выглядит следующим образом. Из 110 пациентов с дивертикулярной болезнью в сочетании с АГ 12 мужчин (10,9%) и 98 женщин (89,1%), из 58 пациентов с ИБС – 12 мужчин (20,7%) и 46 женщин (79,3%), из 8 пациентов с СД – 3 пациента мужского пола

(37,5%) и 5 (62,5%) – женского пола. Сочетание дивертикулярной болезни с ЖКБ выявлено только у 20 женщин.

Также была изучена корреляция дивертикулярной болезни с индексом массы тела (ИМТ). Выяснилось, что ИМТ в норме у 32 пациентов (25%), выше нормы – 96 (75%). Из них ИМТ в норме у 7 пациентов (5,5%) в возрасте до 60 лет и у 25 (19,5%) – старше 60 лет. ИМТ превышает норму у 23 пациентов (17,9%) до 60 лет и у 73 (57%) - старше 60 лет.

Выводы. Наиболее часто дивертикулярная болезнь сочетается с АГ и ИБС. Реже - с ЖКБ и СД. Частота дивертикулярной болезни увеличивается с возрастом. Чаще встречается у женщин. У пациентов с дивертикулярной болезнью значимо высока частота повышения индекса массы тела. Таким образом на основе полученных данных, можно сделать вывод, что факторами риска дивертикулярной болезни являются возраст, пол, повышение индекса массы тела и сочетание с сердечно-сосудистой патологией.

Литература

1. Лысов, Н. А. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: современное состояние проблемы / Н. А. Лысов, М. М. Осадчук, Д. В. Балашов // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – №4. – С. 33–41.
2. Клинические рекомендации. Дивертикулярная болезнь / М. Д. Ардатская, С. И. Ачкасов, В. В. Веселов [и др.] // Колопроктология. – 2021. – Т. 20, № 3. – С. 10–27.
3. Ардатская, М. Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки / М. Д. Ардатская // Медицинский совет. – 2017. – № 15. – С. 68–75.
4. Peery, A. F. Burden of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States / A. F. Peery, S. D. Crockett, A. S. Barritt // Gastroenterology. – 2015. – Vol. 149, № 7. – P. 1731–1741.

FREQUENCY OF COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH DIVERTICULAR DISEASE

Ioskevich A.V., Lunevskaya Yu.L.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

ioskevich2015@gmail.com

Diverticular disease is most frequently associated with arterial hypertension and coronary artery disease, and less commonly with cholelithiasis and diabetes mellitus. Based on the data obtained, it can be concluded that the risk factors for diverticular disease include age, sex, increased body mass index, and the presence of concomitant cardiovascular pathology.